

**טופס פנייה לטיפול פרטני**

יחידה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם המטופל \_\_\_\_\_ מס.ת.זהות \_\_\_\_\_

מין ז/נ גיל \_\_\_\_\_ ת.לידה \_\_\_\_\_ שם הפונה והקירבה \_\_\_\_\_

טל.נייד \_\_\_\_\_ טל נוסף \_\_\_\_\_

מייל \_\_\_\_\_

עיר מגורים \_\_\_\_\_ אבחנה \_\_\_\_\_ מתי ניתנה? \_\_\_\_\_

מי נתן את האבחנה והיכן \_\_\_\_\_

האם הייתה בעבר פנייה למרכז כן / לא מתי? \_\_\_\_\_ אצל מי טופלת? \_\_\_\_\_

קופ"ח \_\_\_\_\_ זמינות לטיפול \_\_\_\_\_

מסגרת חינוכית היום \_\_\_\_\_

**מידע רלוונטי נוסף:**


- עלות מפגש טיפולי הנו 350 ש. לעניין החזרים מקופות החולים (ילדים מתחת לגיל 18) יש לפנות למזכירות.
- עבור הורים פרודים/גרושים לילדים מתחת לגיל 18, יש לספק אישור שני ההורים לביצוע טיפול / אבחון במרכז.